MODIFICATIONS

A DIFFÉRENTS

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

AMPUTATION DE LA JAMBE
DÉSARTICULATION DES QUATRE DERNIERS MÉTACARPIENS
DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE, PHIMOSIS
EXTIRPATION DU TESTICULE

PAR LE

Docteur Francisco MONTES DE OCA

GÉNÉRAL EN CHEF DU CORPS MÉDICAL MILITAIRE MEXICAIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE EXTERNE
A L'ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE DE MEXICO

Avec 3 planches hors texte

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain

—

1891



La publication de cette petite brochure a pour objet le désir de faire connaître une partie des travaux médicaux du Mexique.

Pour être à même de les apprécier, on remarquera que ces quelques observations de M. le Docteur Montes de Oca (décédé en 1884), ont été écrites en 1874.

Paris, le 1er Mars 1891.

Dr Daniel M. VELEZ,

MÉDECIN-CHIRURGIEN MAJOR
DE L'ARMÉE MEXICAINE.

AMPUTATION DE LA JAMBE

AU LIEU D'ÉLECTION

INCISION EN RAQUETTE

L'amputation de la jambe au lieu d'élection a été jusqu'à ce jour suivie de nombreux insuccès, et très fréquemment compliquée de la gangrène d'une bonne partie du moignon, avec dénudation du tibia et ostéomyélite ou nécrose de cet os. On comprend parfaitement l'importance de telles lésions, qui ont préoccupé les chirurgiens : il en est résulté l'invention des différents procédés connus jusqu'à ce jour, sans que toutefois on soit parvenu à faire disparaître les accidents sus-mentionnés. Le procédé que nous avons l'honneur de décrire a réalisé l'idéal tant cherché et si longtemps attendu : il est parvenu à former un moignon parfaitement nourri. Si l'opération se fait avec tous les détails que nous allons donner, elle est toujours suivie du meilleur succès et la cicatrisation a lieu en peu de temps.

Nous la diviserons en trois temps : 1° incision de la peau; 2° coupe des muscles, et 3° section des os.

L'incision de la peau a la forme d'une raquette, avec les modifications propres à la région, parce qu'elle descend plus du côté externe que du côté interne, grâce à ce que du premier côté la peau se rétracte davantage et doit donner une plus grande quantité de masses musculaires ; à la partie postérieure, elle monte un peu, afin que le moignon reste presque aussi rond dans cette partie qu'à la partie antérieure, si on lui donnait la forme de la raquette ordinaire, il résulterait un moignon avec un angle très saillant par derrière, trop exposé aux violences extérieures et vraiment peu gracieux.

L'incision des muscles se fait sur les faces interne et externe, en se conformant à toutes les règles établies pour la coupe des lambeaux, non par transfixion, mais en portant le couteau de dehors en dedans et incliné de bas en haut, en ayant soin de ne pas couper les vaisseaux près de la base, parce que de là jusqu'à l'extrémité libre des tissus coupés il n'y aurait pas alimentation ou, s'il y en avait, elle serait très languissante ; cette section, en arrivant à l'os, doit tomber un peu au-dessous de la section de celui-ci.

Le périoste doit être coupé un peu au-dessous de l'endroit où la scie sera appliquée, au niveau de la section des muscles, en ayant soin de bien le dégager des angles de l'os où il existe un bon

nombre d'insertions musculaires, afin de pouvoir le repousser par le haut jusqu'à laisser découvert le lieu d'élection où l'on doit appliquer la scie, en lui donnant l'inclinaison prescrite par Samson, pour abattre, pour ainsi dire, la saillie de l'angle antérieur du tibia.

Premier temps. — Il comprend l'incision de la peau après la délinéation préalable de la forme de la raquette, que l'on trace de la manière suivante :

On marque un point sur l'angle extérieur du tibia au lieu d'élection; au niveau de ce point, on prend la circonférence du membre, dont le quart plus 2 centimètres (pour l'indice de rétraction) nous donne le point le plus bas de la raquette sur la face interne; ou, pour mieux détailler, on marque deux cercles, avec un fil mouillé de teinture d'iode, le premier passant par le lieu d'élection et le second au-dessous, à une distance égale au quart de la circonférence ci-dessus mentionné, plus 2 centimètres (fig. 1, *a* et *b*). Sur le cercle supérieur, on marque le point de départ de l'incision, un peu en dehors de la crête du tibia (fig. 1, *a*); sur le cercle inférieur, le point le plus bas de la raquette sur la face interne, situé sur la ligne moyenne de cette face (fig. 1 et fig. 2, *c*); sur la face externe sur la ligne et 2 centimètres au-dessous du cercle inférieur, on marque le point le plus bas de l'incision sur cette face (fig. 1 et 3, *e*); sur la face postérieure, on marque

un autre point sur la ligne de jonction des bords contigus des jumeaux, à 2 centimètres au-dessus du cercle inférieur (fig. 4, *d*). On a ainsi quatre points marqués : un antérieur, point de départ de l'incision ; deux latéraux, points plus bas que celle-ci sur les faces interne et externe, et un autre postérieur, point le plus haut de l'inflexion que l'on donne à la raquette sur la face postérieure de la jambe. Du premier point, on fait descendre une ligne droite parallèle à la crête du tibia et un peu en dehors, jusqu'à une longueur égale au tiers de la distance qui séparera les cercles marqués ; de là, elle dévie en dedans, formant une courbe de convexité antéro-inférieure qui croise la crête et la face interne du tibia, pour descendre jusqu'au point marqué sur la face interne de la jambe ; arrivé à ce point, on la porte en arrière et vers le haut, formant une courbe de convexité postéro-inférieure jusqu'à ce qu'elle touche le point marqué sur la face postérieure : le côté interne de la raquette reste ainsi dessiné. On dessine de la même manière le côté externe, en partant du point où la ligne que nous venons de marquer commence à dévier en dedans.

L'ondulation qu'on donne à la raquette dans la région postérieure forme une espèce d'*S* italique très ouverte et inclinée de haut en bas et de dedans en dehors, parce que, ainsi qu'il a été dit, l'incision doit descendre 0,02 de plus sur la face externe que sur la face interne.

L'incision de la peau se fait dans l'ordre où a été tracée la ligne d'opération, en l'attaquant dans toute son épaisseur, en comprenant le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à découvrir l'aponévrose d'enveloppe. Ce premier temps s'achève par la destruction des adhérences pour que la rétraction s'opère librement.

Deuxième temps. — Un aide maintient la rétraction des téguments, et l'opérateur fait la section des masses musculaires de la manière suivante : à l'endroit où a commencé l'incision de la peau, on introduit le couteau par la pointe, perpendiculairement à l'axe de la jambe et, le tranchant tourné du côté du pied du malade, on le pousse avec confiance, touchant presque la face externe du tibia; lorsqu'il a pénétré d'une quantité un peu moindre de l'épaisseur de l'os, pour dépasser l'aponévrose interrosseuse en avant de laquelle se trouve l'artère tibiale antérieure, on attire le couteau vers le bas pour couper, sans le sortir, toujours près de l'os, sur une longueur de 5 ou 6 centimètres; cette coupe se fait dans le but de séparer de l'os les muscles avec l'artère tibiale antérieure, pour qu'elle soit totalement comprise dans les parties molles du moignon, en conservant entières ses branches musculaires et tégumentaires, et en assurant ainsi la vitalité d'une grande partie du moignon.

La section des muscles ainsi préparée, on coupe

ceux-ci successivement des deux côtés, en introduisant le couteau en plein au niveau de la rétraction de la peau, et en lui donnant une direction telle que le tranchant pénètre vers les os, jusqu'à les toucher, et un peu vers le tronc pour que la coupe soit oblique de dehors en dedans et de bas en haut, en finissant par couper les muscles postérieurs circulairement jusqu'au squelette.

La direction que l'on doit donner au couteau dans les coupes internes et externes est marquée par la forme que prennent les téguments rétractés; on doit faire pénétrer la lame de façon à ce qu'elle ne refoule pas vers le haut le bord sectionné de la peau, ni que le tranchant morde pour ainsi dire ce bord en aucun point; si l'on coupe les muscles plus au-dessus de la rétraction, on coupe aussi plus haut les artères, qui restent ainsi insuffisantes pour l'alimentation des parties molles. On achève ce temps en faisant la section des parties molles entre les deux os où finit la coupe des masses musculaires. On opère pour cela avec un scalpel à forte lame, qui nous servira pour entreprendre aussitôt le troisième temps de l'opération.

Troisième temps. — Ce temps comprend la coupe du périoste et de l'os. — Au niveau des muscles coupés, on coupe circulairement le périoste en appliquant le tranchant autour de l'os; on le dégage avec l'ongle, principalement des angles et des points où se trouvent des insertions muscu-

laires, on le repousse vers le haut jusqu'à découvrir le point de section de l'os.

On fait au tibia la coupe de Sanson, de la manière suivante : au lieu d'élection, on applique la scie, en la faisant pénétrer obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, jusqu'à attaquer un peu plus des deux tiers antérieurs de l'os; on la sort aussitôt de là pour la porter un peu au-dessous, et on la fait pénétrer perpendiculairement à l'axe du tibia, en faisant en sorte qu'elle tombe sur la limite inférieure de la coupe oblique, de manière qu'en achevant la section complète par cette seconde coupe, on voit se détacher par son propre poids le coin compris entre les deux coupes. On dépouille le péroné du périoste comme le tibia et on le coupe à un centimètre plus haut.

On comprend que, dans ce temps, l'aide qui rétracte les tissus doit les préserver de la scie en se servant de la classique compresse à trois bouts.

Il nous reste à faire la ligature des vaisseaux, qui sont trois artères importantes : les deux tibiales et la péronière, et une grosse veine, qui donne assez de sang et qu'il est indispensable de lier.

Le sang bien étanché, la cicatrice parfaitement lavée sous l'atmosphère du pulvérisateur, il reste à faire la dernière partie de toute amputation : arranger le moignon et poser le pansement. Il serait oiseux d'entrer dans des détails sur les généralités de tout cours d'opération ; je rappel-

lerai à mes collègues une chose bien connue d'eux : que savoir composer un moignon et savoir faire un bon pansement sont choses difficiles et d'une importance capitale, qui réclament un soin extrême et une attention jusqu'à un certain point exagérée.

Le moignon qui résulte de l'amputation de la jambe par ce procédé peut être cité comme véritable modèle de bon moignon. La cicatrice est bilatérale, non entièrement médiane, parce qu'elle dévie un peu en dehors, restant éloignée de l'extrémité du tibia; le squelette parfaitement coussiné et couvert par une grande quantité de tissus musculaires et tégumentaires, qui jouissent d'une vitalité notable, parce que se trouvent comprises entre les muscles une bonne longueur des artères, principalement de la tibiale antérieure, qui donne un grand nombre de petites artères collatérales, lesquelles se répartissent à la plupart des muscles à la peau. Ce moignon ne se sphacèle jamais en aucun point, ni dans la partie antéro-interne, où le tibia est le plus superficiel et couvert uniquement par la peau; il s'adapte parfaitement à la fourchette qu'usent les pauvres qui viennent se faire opérer à l'hôpital; il s'adaptera aussi à d'autres genres d'appareils sur lesquels il devra s'appuyer par son extrémité; parce que celle-ci est très bien coussinée, et la cicatrice se cache, s'enfonçant suffisamment pour être bien protégée par les parties voisines. Quant à sa forme, ce moignon peut être appelé un moignon artistique. . . . .

I

DÉSARTICULATION DES QUATRE DERNIERS MÉTACARPIENS

RENSEIGNEMENTS ANATOMIQUES

L'articulation est formée vers le haut par la base des os de la deuxième file du carpe, et de dedans en dehors, comme on le voit dans la figure 1 de la planche II ; par l'os crochu, le grand os, le trapézoïde et une facette du trapèze.

Vers le bas, l'articulation est formée par la base des quatre derniers métacarpiens.

L'intervalle articulaire de dedans en dehors est premièrement oblique, en bas et en dehors, dans l'articulation du cinquième métacarpien avec l'os crochu (A) ; bientôt légèrement courbe et plus généralement de convexité supérieure (B) jusqu'à ce qu'il arrive à l'articulation du deuxième métacarpien, celui qui s'articule en formant un zigzag par une facette avec le grand os (C), par sa facette

avec le trapézoïde (D), et par une autre facette externe avec le trapèze (E) : chaque côté du zigzac a un ligament que l'on doit attaquer par un coup de couteau et chaque métacarpien a un ligament dorsal.

De plus, un ligament latéral retient l'articulation du cinquième métacarpien.

En essayant de passer en glissant les os dans la paume de la main, on peut respecter les deux arcs palmaires.

Je crois, sauf meilleur renseignement, que la désarticulation que je propose et que j'ai pratiquée une fois avec succès, n'avait pas été exécutée auparavant sur le vif; j'ai consulté divers livres de chirurgie et, dans aucun d'eux, je n'ai trouvé de renseignements à ce sujet.

Ce n'est que dans Blandin (*Anatomie des régions*) que j'ai trouvé ce qui suit, que je traduis littéralement : « L'amputation partielle dans l'articulation du carpe avec les quatre derniers métacarpiens, a été proposée par M. Maingault.

« Cette opération réussit bien sur le cadavre et je ne doute pas qu'elle pourrait être réussie sur un sujet vivant; elle s'exécute très rapidement si on prend pour guide la saillie du bord externe de la main qui a été indiquée. »

Comme on le voit par ce qui précède, le procédé de M. Maingault n'est même pas détaillé ; c'est pour cette raison que je considère comme entièrement originale la description suivante.

Premier temps. — Supposons que l'opération se pratique à la main droite.

Cette main étant placée en pronation, de telle sorte que le chirurgien ait à la vue le dos de la main, on cherche aussitôt, sur le bord cubital, la saillie que forme l'extrémité postérieure du cinquième métacarpien : comme on le sait, l'articulation carpo-métacarpienne est placée immédiatement derrière cette tubérosité.

On prend la main en plaçant le pouce sur ce point : avec un petit couteau de Lisfranc, on fait partir une incision qui, comme on peut le voir dans la figure 2, planche II, forme une sorte d'*S* italique placée horizontalement (A), de manière que la première courbe de convexité inférieure descende jusqu'au moment où elle se croise sur le quatrième métacarpien (B); on remonte aussitôt en formant une profondeur régulière jusqu'à l'espace qui sépare le troisième os du second os du métacarpe, où commence la seconde courbe de convexité supérieure (C), qui remonte jusqu'à la hauteur de l'articulation du second métacarpien, descendant ensuite jusqu'au pli digito-palmaire, en terminant à la ligne qui marque la séparation du pouce et de la paume de la main; à ce moment, on retourne la main en supination, en faisant écarter le pouce par un aide (pl. II, fig. 3).

On commence l'incision palmaire, qui, comme la dorsale, est en *S* italique (A).

Cette incision se continue au point où se termi-

nait l'antérieure (B), en faisant aussitôt une courbe de convexité supérieure (C) qui descend jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la ligne médiane de la main, et remontant aussitôt, comme on le voit dans la figure 3, pour former la seconde courbe de convexité inférieure (D) qui vient se terminer, en descendant, au point de départ de l'incision dorsale (E).

Tant dans cette incision que dans l'incision palmaire, on coupe toute l'épaisseur de la peau.

Deuxième temps. — Le second temps consiste à disséquer le petit lambeau qui forme dans le dos de la main la courbe du côté interne ; une fois disséqué, on coupe les tendons des extenseurs plus ou moins à la hauteur de l'articulation.

Quelquefois, en opérant la coupure des extenseurs, on ouvre la jointure; mais, dans le cas où on ne l'ouvrirait pas, on revient chercher le tubercule du cinquième métacarpien, et, immédiatement derrière ou en haut, on trouve l'articulation qui se continue en ligne oblique au-dessous et en dehors, jusqu'à l'articulation du troisième métacarpien.

Il n'y a plus ensuite qu'à suivre le zigzag que forme l'articulation du second métacarpien, à diviser son ligament latéral externe et ensuite à luxer ; en même temps qu'avec la pointe du couteau on divise les ligaments palmaires, on passe à pleine lame pour compléter la division des tendons, des fléchisseurs et des muscles adducteurs du pouce.

Dans ce temps, on doit tirer avec force la partie qui se sépare pour arriver à ce que les tendons des fléchisseurs soient coupés d'une fois à une bonne hauteur et ne pas être obligé de les régulariser avec les ciseaux ou le bistouri.

On rassemble la blessure avec quelques points de suture entrecoupés, elle reste alors, comme on le voit dans la figure 4, planche II, qui est prise d'une opération pratiquée sur le cadavre.

L'individu sur lequel j'ai pratiqué cette opération était un soldat d'un des corps de Toluca, qui, dans la nuit du 29 mars 1863, pendant le siège de Puebla, lançait des grenades de main.

Le projectile éclata au moment précis où il allait le lancer.

La moitié terminale de la main avait été complètement mutilée par cet accident, qui avait laissé une blessure irrégulière dans laquelle se voyaient les fragments des quatre derniers métacarpiens, qui avaient été divisés d'une manière irrégulière immédiatement au-dessus de leur articulation avec les phalanges ; le pouce avait été respecté.

Pour régulariser cette blessure, j'ai pratiqué le procédé que j'ai décrit et qui produisit un résultat entièrement satisfaisant.

Après le siège, j'ai perdu de vue le sujet de cette observation qui était en bonne santé; je ne puis

pour cette raison, indiquer les avantages que lui a procurés la conservation du pouce.

Dans ce cas seulement, j'ai eu à lier les deux extrémités de l'arc palmaire profond.

II

MODIFICATIONS AU PROCÉDÉ DE LARREY

POUR LA DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE

Le procédé que je vais décrire comme une modification à celui de M. Larrey, pour la désarticulation de l'épaule, a été essayé par moi, pour la première fois, au siège de Puebla, après m'être rendu compte des difficultés pratiques qu'on devait vaincre pour exécuter la désarticulation selon la méthode de l'auteur déjà cité.

J'ai trouvé, dernièrement, dans Sédillot, une modification à peu près semblable à celle que j'avais faite au procédé Larrey, avant de lire cet ouvrage : cependant la similitude n'est pas absolue et le procédé que je propose, modifiant celui du baron Larrey, est différent de la méthode indiquée par Sédillot dans la forme de l'incision et dans ce fait que je ne coupe les muscles qu'après avoir

disséqué la peau, dans le but de donner à la surface suppurante le moins d'extension possible, et enfin dans la hauteur à laquelle se divisent les téguments de la région axillaire.

Après avoir décrit cette modification, je comparerai ces procédés pour qu'on comprenne mieux les différences qui séparent le procédé que je propose de ceux de l'un et de l'autre auteur :

Le voici :

Supposons qu'il s'agit de désarticuler l'épaule droite.

On commence, avec un couteau moyen de Lisfranc, une incision courbe de convexité postéro-inférieure (A, pl. III, fig. 1) dont le point de départ doit être à la hauteur du bord de l'acromion et environ à la moitié de l'épaule, c'est-à-dire à l'endroit qui divise cette région en deux parties égales : une antérieure et l'autre postérieure. Cette incision est dirigée, comme je l'ai dit, en lui donnant une courbe de convexité postérieure et inférieure, pour venir la terminer dans l'aisselle, à sa limite externe (C), soit au point où la peau du bras va devenir celle de l'aisselle.

La deuxième incision, également courbe, de convexité antéro-inférieure, commence à l'aisselle et à sa limite postérieure externe (A, pl. III, fig. 2).

Elle vient, après avoir formé une courbe régulière, et, comme je l'ai dit, de convexité inférieure et antérieure, au point de départ de la première

incision, environ à 2 centimètres au-dessous de sa limite supérieure (D, fig. 1): on lève ensuite le bras et on unit, à l'aisselle, les deux incisions déjà décrites par une autre qui va de la partie antérieure à la partie postérieure de l'aisselle, directement d'une incision à l'autre et comme les continuant. Dans toutes ces incisions, on divise seulement la peau tout entière.

Le second temps de l'opération consiste à disséquer la peau des deux incisions courbes jusqu'à ce qu'on ait découvert de 2 1/2 à 3 centimètres les fibres du muscle deltoïde sans toucher la région axillaire.

Une fois la peau disséquée et retirée, on fait l'incision des muscles à leur niveau en arrivant d'un coup jusqu'à l'os; la capsule articulaire reste alors découverte et quelquefois même elle s'ouvre en faisant l'incision du tissu musculaire.

La capsule se divise, non pas au niveau des insertions du col anatomique de l'humérus, mais le plus près possible de la cavité glénoïde; on y arrive en tirant sur l'humérus qui se détache de la cavité glénoïde, mettant la capsule en tension. Une fois divisée, on termine l'opération en passant à pleine lame au-dessous de la tête de l'humérus déjà détachée, et on vient terminer à la séparation de la peau qui existe dans l'aisselle.

A ce moment de l'opération, un aide comprime l'artère dans le lambeau même ou, si la personne est peu musclée, il suffira de comprimer l'aisselle

au point indiqué par Dall, c'est-à-dire sur la seconde côte.

Il est bon de noter que, dans ce cas, son appareil n'est pas indispensable et qu'il est possible de faire la compression avec les doigts.

On lie les artères axillaires et circonflexes et on ferme d'avant en arrière avec des points de suture entrecoupés (pl. III, fig. 3).

Je vais à présent comparer ce procédé avec celui de Larrey, et j'établirai ensuite un parallèle avec celui que conseille Sédillot.

Voici le procédé Larrey littéralement traduit de sa clinique chirurgicale et qui est semblable aux descriptions de presque tous les livres de chirurgie :

« Le blessé étant assis à la hauteur convenable, je commence par une incision qui part du bord de l'acromion et qui descend en ligne droite à un pouce au-dessous du col de l'humérus.

Par cette incision, je coupe les téguments et je divise en deux parties égales les fibres motrices du deltoïde.

Je fais ensuite retirer, par un aide, la peau du bras jusqu'à l'épaule et je forme les deux lambeaux antérieur et postérieur par deux incisions obliques de dedans en dehors ou mieux de dehors en dedans, de manière que les deux tendons du grand pectoral et du grand dorsal soient coupés très près de l'os.

Il est indifférent de commencer par le lambeau postérieur ou antérieur ; cependant, comme l'artère

circonflexe externe est la plus grosse, il y a plus de sécurité pour l'hémorragie en ne formant ce lambeau qu'après le lambeau antérieur.

Il n'y a pas à craindre de toucher les vaisseaux axillaires parce qu'ils sont hors de la portée de l'instrument.

On coupe les adhérences celluleuses de ces deux lambeaux; on les fait soulever par un aide qui comprime en même temps les orifices des deux artères circonflexes et toute l'articulation scapulaire est mise à découvert.

Par un troisième coup de couteau conduit circulairement sur la tête de l'humérus, on coupe la capsule et les tendons que l'on peut désigner sous le nom d'articulaires; on luxe la tête en dehors, on passe le couteau à la partie postérieure pour achever la section des adhérences tendineuses et ligamenteuses de ce côté.

L'aide porte immédiatement les deux ou trois premiers doigts de ses deux mains sur le plexus brachial pour comprimer l'artère, qui passe au niveau de ses mailles, et se rendre maître du sang; on retourne le fil du couteau un peu en avant, on le fait glisser sur le cylindre de l'humérus et on coupe, au niveau des angles inférieurs des deux lambeaux et en avant des doigts de l'aide, tout le paquet de nerfs et de vaisseaux axillaires.

Le blessé ne perd pas une goutte de sang et, sans faire cesser la compression, on découvre facilement l'extrémité de l'artère axillaire, que l'on prend avec

une large et forte pince de dissection pour en faire la ligature immédiate.

Il ne reste plus que les deux artères circonflexes à lier et l'opération est terminée. »

Après avoir lu les deux procédés, on remarque immédiatement la différence dans l'opération manuelle.

J'indiquerai à présent les avantages de chacun d'eux :

Celui de Larrey est notoirement plus rapide, plus expéditif, car il réduit les temps de l'opération et la rend, par conséquent, d'une exécution beaucoup plus prompte.

Mais, ce qui était un avantage précieux, avant la généralisation du chloroforme, à l'époque à laquelle Larrey pratiquait, quand on devait compter avec le grave péril de l'épuisement nerveux des opérés, n'a plus actuellement qu'une importance moindre, étant donné que l'anesthésie permet d'opérer avec plus de calme et plus de lenteur; en échange, il reste du procédé de l'éminent chirurgien tant de fois cité, un moignon formé par une masse musculaire considérable qui, à sa moindre inflammation, détruit complètement les sutures en compromettant le succès de l'opération, soit par le temps que dure la guérison, soit quelquefois en menaçant la vie de l'opéré. De plus, dans le dernier temps du procédé Larrey, la tension exercée pour séparer le membre unie à celle que donne le couteau pour faire la coupure, fait que la peau de l'aisselle tirée fortement,

est toujours coupée très près du thorax et laisse à la partie inférieure de l'incision, quand on veut la suturer, une espèce de blessure de forme irrégulièrement triangulaire, au milieu de laquelle le paquet de nerfs et de vaisseaux reste à découvert, circonstance qui rend les pansements plus douloureux, expose à des hémorragies et laisse une cicatrice toujours sensible et délicate.

Enfin l'espèce d'angle que les deux sections ont à leur partie moyenne fait que la cicatrice ne peut être entièrement linéaire.

Sédillot conserve dans son procédé les trois premières incisions de Larrey, en donnant seulement à la première 5 centimètres de long; il coupe les téguments de l'aisselle de dehors en dedans comme je le propose, mais il fait l'incision de cette région sur la peau de la partie interne du bras plutôt que de l'aisselle; il coupe, de plus, la capsule au niveau du col anatomique, ce qui a l'inconvénient de laisser une grande quantité de tissus blancs dont le peu de vitalité, comme me le faisait remarquer mon maître, M. Muñoz, prolonge la cure et occasionne des trajets fistuleux dans le centre de la cicatrice jusqu'à sa complète exfoliation, qui, quelquefois, tarde de deux ou trois mois pour être complétée.

Je crois donc que les modifications que je propose devront être acceptées d'autant mieux que la pratique les recommande, quoique sur une petite échelle encore.

Sur dix individus que j'ai opérés par cette méthode, je n'ai pas eu un seul mauvais résultat.

Les trois premiers ont été opérés à Puebla, à l'hôpital de San-Juan de Dios, en 1863, pendant le siège de cette ville par l'armée française. J'en ai opéré trois pendant le siège de Mexico, en 1867, et ils ont été également sauvés.

Un de ces opérés est un colonel, aujourd'hui retiré, et les quatre derniers ont été opérés le 2 octobre 1871, à l'hôpital de San-Lucas après l'assaut de la citadelle.

Pendant le siège de Mexico, M. Barranco, ne trouvant pas convenable la modification que je propose, opéra un individu très bien musclé en suivant exactement les indications de Larrey, et il eut la peine de voir toute la suture détruite par l'inflammation du tissu musculaire, puis de voir succomber son malade par suite de l'abondance de la suppuration.

La raison qu'il disait avoir pour ne pas accepter alors la modification était qu'il croyait que le moignon resterait très peu rembourré.

L'accident qui s'est présenté chez quelques-uns de ces opérés a été la formation de petits abcès qui suivaient quelquefois la gaine du grand rond, mais qui n'étaient pas rebelles et qui s'épuisaient après l'incision.

III

OPÉRATION DU PHIMOSIS

Le malade, préalablement chloroformé, est placé près du bord du lit d'opérations ou, à son défaut, sur une table ordinaire; les jambes, maintenues par des aides, sont écartées l'une et l'autre afin que le pelvis repose sur le bord de la table. Ensuite, avec une sonde cannelée ou un stylet, on recherche la hauteur à laquelle se trouve le fond de sac formé par la muqueuse, ainsi que l'existence ou la non-existence d'adhérences entre le prépuce et le gland.

En faisant cette reconnaissance qui sert à fixer l'endroit où doit se faire l'incision, on peut, pour plus de sûreté, le marquer avec de l'encre ou du nitrate d'argent, comme Ricord le conseille dans son procédé. Un aide soutient le pénis de manière

qu'en commençant l'incision, la peau se trouve dans sa situation la plus naturelle, c'est-à-dire sans la faire glisser par force jusqu'en haut ou jusqu'en bas.

On commence l'opération en faisant avec un bistouri droit une incision qui suit, sur la peau, la direction exacte de la couronne du gland, c'est-à-dire qui prend une forme elliptique, avançant plutôt vers l'extrémité inférieure du pénis que vers le haut, et qui s'arrête juste à la hauteur du filet. (L'incision n'est donc pas circulaire.)

Dans cette incision, on coupe toute la peau et on la divise jusqu'à ce qu'on ait détruit toutes les petites brides que forme le tissu cellulaire. On introduit ensuite la sonde cannelée et on coupe sur elle, avec des ciseaux droits, les téguments de la partie moyenne et dorsale, jusqu'au fond du prépuce ; on prend ensuite une des lèvres de cette coupure longitudinale et, avec les mêmes ciseaux, on continue à couper la muqueuse à environ deux millimètres de la couronne du gland, en s'arrêtant au filet.

On prend ensuite l'autre lèvre de l'incision dorsale faite avec les ciseaux, et on procède de la même façon que pour le côté opposé.

Quand l'opéré conserve le filet, un dernier coup de ciseaux achève de le détacher du prépuce : il ne reste plus, pour achever l'opération qu'à lier un ou deux petits vaisseaux (le dorsal du pénis et l'artériel du filet). On joint ensuite la peau à la

muqueuse de la couronne du gland par deux ou plusieurs points de suture, l'un à l'endroit du filet, afin d'éviter que l'espèce d'angle formé de ce côté par la peau se rétrécisse, et l'autre dans la région dorsale.

Quand ces deux points de suture ne sont pas suffisants pour rejoindre la peau, on peut en mettre davantage. En général, on n'en a pas besoin de plus de deux autres sur les côtés du gland.

Les points de suture doivent être ôtés dès qu'on change le premier pansement.

Ce procédé pratiqué journellement à l'hôpital militaire, et qui compte plusieurs centaines d'opérés, n'a donné lieu à aucun accident quand on a observé l'indication de retirer les points de suture le troisième jour.

Dans un seul cas où l'on avait omis cette précaution, les points de suture se sont ulcérés ainsi que toute la cicatrice, ce qui a retardé le terme de la guérison.

Par contre, on a obtenu plusieurs fois le premier résultat, même dans les cas d'opérations du prépuce avec chancre mou.

Dans cette circonstance, j'attache beaucoup d'importance aux lotions préliminairement faites avec un mélange, à doses égales, d'alcool à 40 degrés centigrades et de chlorure de Labarraque.

M. Juan Brêna, dans sa thèse pour l'examen professionnel, a décrit ce procédé et, de plus, il a étudié la question de son application dans les cas

d'accidents vénériens ou syphilitiques et a recommandé sa notoire efficacité.

Après la publication de ce travail, on s'est servi une multitude de fois de ce procédé dans les cas de chancres, végétations, blennorrhagies avec complication de balano-posthite, sans qu'il y ait eu le moindre accident qui puisse contre-indiquer son application.

Pour conclure respectivement à ce procédé, je dois ajouter que les points de suture sont un auxiliaire puissant pour la guérison rapide, et que je leur donne la préférence sur les *serres-fines* dont Vidal se sert et qu'il préconise; j'appellerai particulièrement l'attention sur ce point, parce que plusieurs des livres qui sont le plus entre nos mains pendant nos études, et surtout Malgaigne, sont opposés à la suture.

Cependant Sédillot, dont l'autorité est indiscutable, s'en servait au Val-de-Grâce, et il les recommande très particulièrement.

IV

EXTIRPATION DU TESTICULE

MODIFICATION DU PROCÉDÉ DE M. CHASSAIGNAC

Cet auteur fait l'extirpation du testicule seulement dans le cas de sarcocèle cancéreuse et les procédés qu'il applique sont :

1° Si la tumeur est assez mobile pour permettre de la pédiculiser, il commence par fixer une ligature sur le scrotum, du côté malade, à la hauteur et en y comprenant le cordon; et une fois la ligature serrée, il fait passer la tumeur par l'anneau que forme la chaîne du constricteur et il fait la strangulation jusqu'à sa complète séparation.

Il trouve le deuxième procédé indiqué, quand la tumeur est peu mobile en raison de sa dimension ou de ses adhérences et, dans ce cas, comme il le décrit lui-même, il emploie deux chaînes métalliques, la première destinée à opérer la section du

cordon pour le séparer du testicule et l'autre qui opère la séparation du testicule du côté opposé.

Cette description, accompagnée d'une figure intercalée dans le texte, fait comprendre que ces deux chaînes passent par un même point, et que dans leur opération la première reste perpendiculaire à l'autre, de telle manière que celle qui opère la section du cordon reste perpendiculaire à ce dernier et l'autre reste parallèle à la séparation.

Mon procédé est le suivant :

Si la tumeur est libre dans la tunique vaginale, on fait une incision qui, venant de la partie supérieure du scrotum et à la hauteur du cordon spermatique, se termine à la limite inférieure de la tumeur.

On divise, d'un seul coup si possible, l'enveloppe des testicules de manière qu'après cette incision, la tumeur sorte librement du scrotum ; on reconnaît immédiatement l'état du cordon et, si on le considère en bon état, on y applique une ligature à environ un centimètre du testicule ; on passe ensuite la chaîne du constricteur de Chassaignac immédiatement au-dessus de la ligature et on opère ensuite la section en faisant mouvoir la palanque ou la vis de l'instrument.

Comme j'opère toujours avec le constricteur à deux barres dentées, je fais passer une seule dent de chaque barre à chaque demi-minute.

La section du cordon une fois terminée, je lave soigneusement la blessure et l'intérieur de la tu-

nique vaginale; je fais ensuite une dernière lotion avec de l'alcool rectifié, et je ferme la blessure extérieure par quelques points de suture entrecoupés; quelquefois on peut placer des bandelettes de toile emplastique pour perfectionner le rapprochement des lèvres de la solution de continuité et, pour terminer le traitement, on établit une compression avec un spica dont les tours se croisent à l'endroit où le cordon passe sur l'arc du pubis.

On place de plus un suspensoir rembourré avec du coton et l'opération et le pansement sont terminés.

Ce procédé a été employé avec succès dans sept cas, parmi lesquels il y a eu deux fois réunion par première intention; dans deux autres, la guérison a été effectuée avant quinze jours, et dans les trois autres, avant un mois.

Il ne s'est pas présenté, dans un seul de ces cas, les accidents qui rendaient autrefois cette opération si redoutable, à tel point que dans la généralité des auteurs que j'ai pu consulter, j'ai trouvé l'opération indiquée avec beaucoup de réserves, à cause du grand nombre d'accidents auxquels donnaient lieu les autres procédés.

L'hémorragie a fait perdre une multitude d'opérés; la rétraction du cordon contenant les ligatures ou les croûtes de la cautérisation entraînait fréquemment le phlegmon qui s'étendait entre les parois du ventre et compromettait ainsi la vie

des opérés; et, enfin, quand ils échappaient à ces deux accidents, ils restaient exposés à celui qu'on appelle le *champignon*, qui était une espèce de fongosité végétante qui se formait dans la plaie au point où le cordon avait été divisé, ce qui donnait lieu à une deuxième opération.

Quoique le nombre de cas que je cite ne soit pas considérable, j'appelle toujours l'attention sur le manque presque absolu d'accidents par le procédé que je viens d'indiquer.

Quatre des observations d'extirpation du testicule ont été présentées à l'Académie de médecine de Mexico et, dans l'une d'elles, je constatais un accident (hémorragie); mais ce cas, ainsi que je l'ai indiqué, venait de ce que le cordon avait été divisé très près de son entrée dans la tunique vaginale, au lieu de le diviser, comme je viens de le dire, à un centimètre de la glandule.

Ce procédé opératoire aura, je crois, dans l'avenir, beaucoup plus de cas d'indication, si comme je l'espère, les idées de Sédillot se généralisent, et je le crois applicable dans le cas de testicule tuberculeux qui, comme le cancer, affecte généralement une seule des deux glandes, et il peut être également applicable dans les rares cas où la syphilis attaque un seul testicule.

L'innocence et la bénignité de cette opération étant prouvées, je ne doute pas qu'on l'accepte avec moins de réserves; on sauvera ainsi quelques individus de la généralisation de l'affection cancéreuse;

on prolongera la vie des autres, ou on la leur rendra plus supportable.

Des sept opérés dont je viens de parler, le cancer s'est reproduit chez trois, après avoir été complètement guéris de l'opération et être restés plusieurs mois avec l'apparence d'une santé parfaite.

Chez un de ces opérés, capitaine de dragons, qui est revenu à l'hôpital, il existe actuellement un cancer dans le foie accompagné de cachexie cancéreuse.

Chez un autre, le cancer s'est reproduit dans le testicule qui était resté sain.

Chez un seul individu opéré tardivement, et après l'ulcération du cancer, ce dernier s'est reproduit dans le cordon même.

Un autre sujet a été examiné par M. Soriano, au mois de novembre 1872, à San Luis Potosi, et la cicatrice était complète. L'autre testicule était bon et l'individu jouissait de la plus parfaite santé.

Je termine, messieurs, ce rapport avec l'ardent désir que les procédés et les modifications que je propose, et que mon expérience me paraît avoir sanctionnés, soient mis en pratique par nos chirurgiens et confirmés par ceux qui occupent une place dans notre chirurgie nationale.

Paris. — Typographie Gaston Née, 1, rue Cassette. — 4104.

Pl. I.



Fig 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

Nicolet lith. Imp. Lemercier & C.ie Paris

G.Masson éditeur



Fig 4

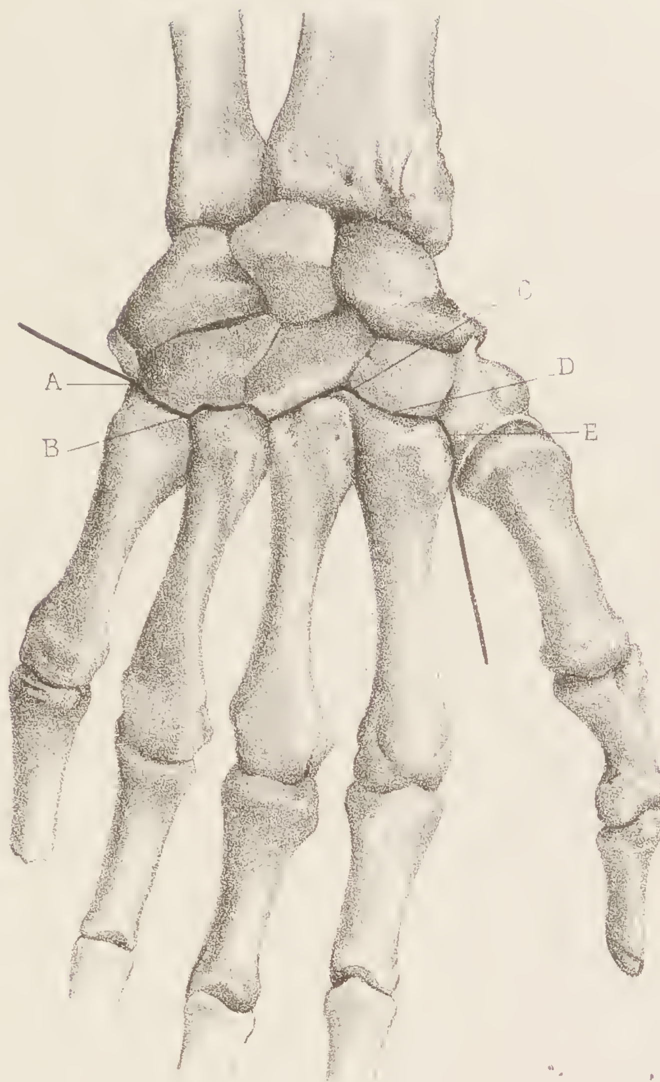


Fig. 1



Fig. 2

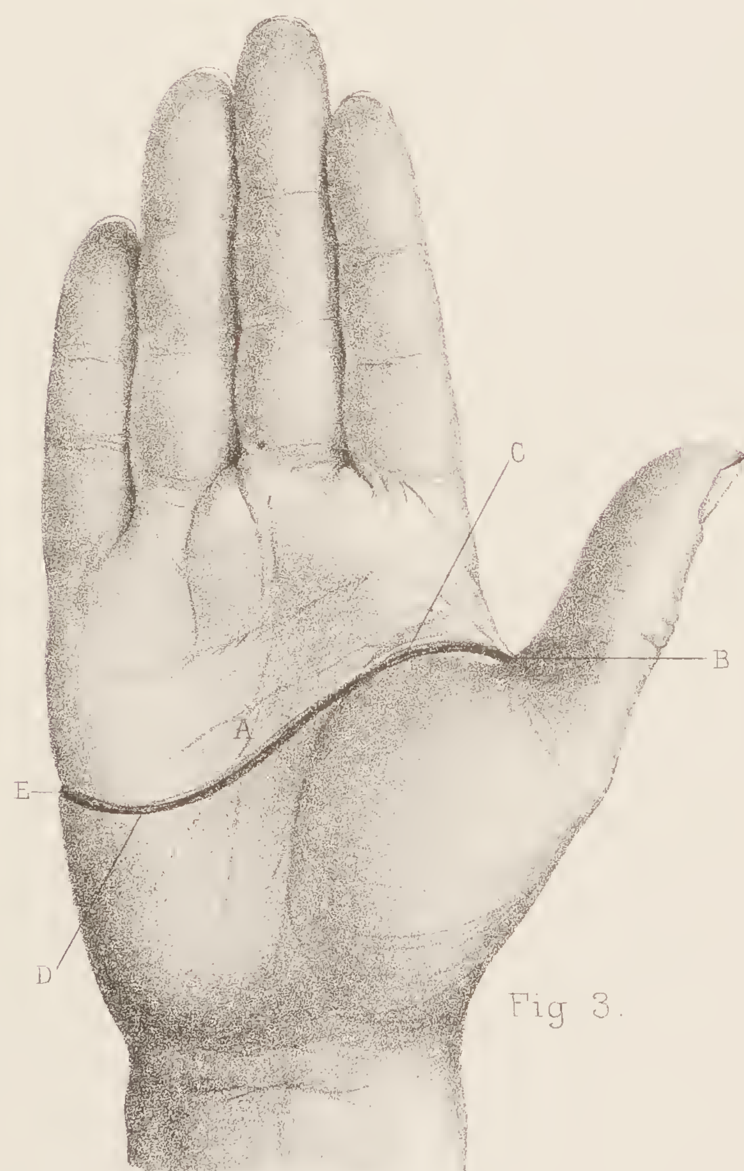
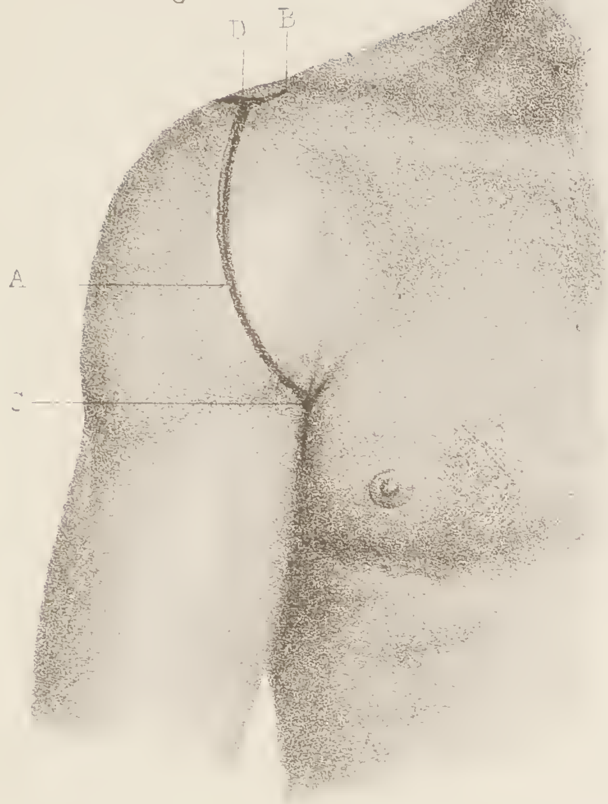


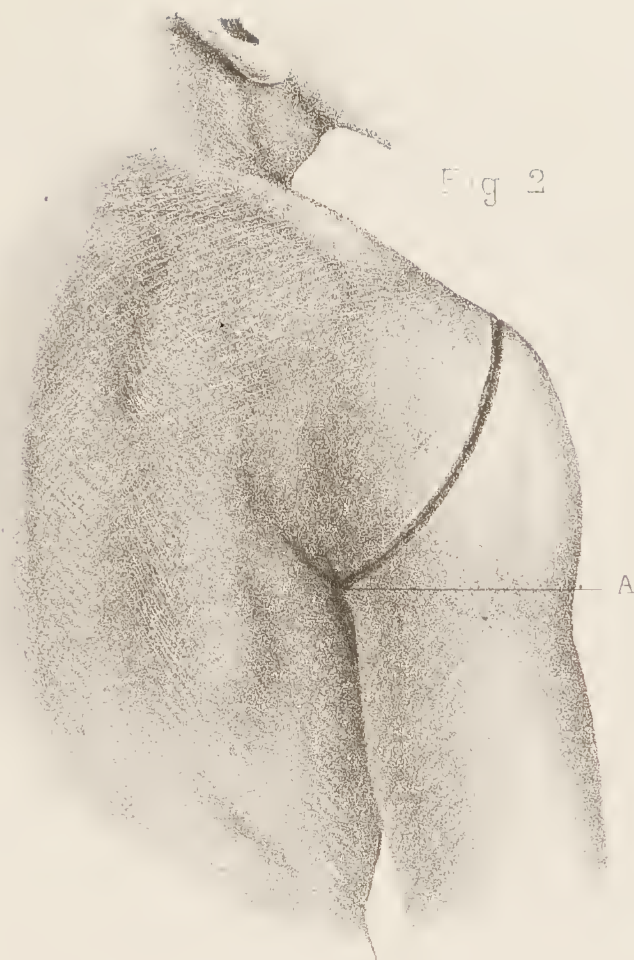
Fig 3.

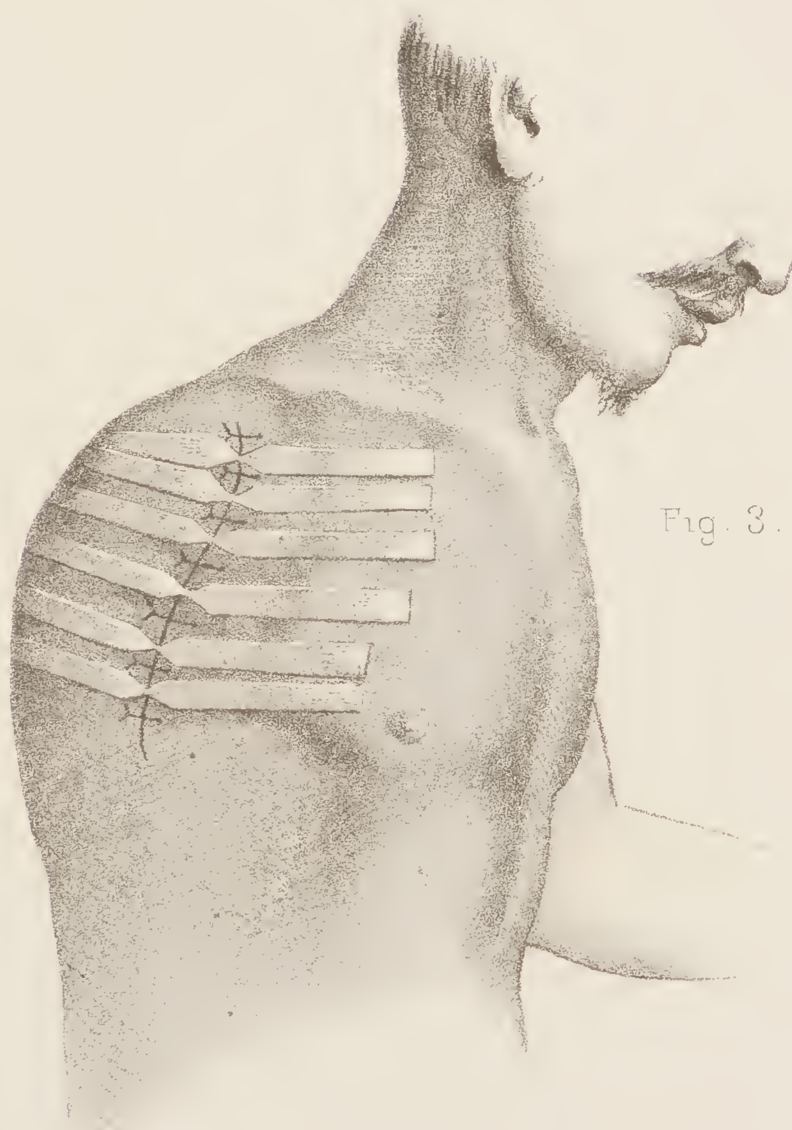
Nicolet lith

Imp. Lemercier & Cie Paris

G. Masson éditeur







Nicolet lith.

Imp. Lemercier & Cie Paris

G. Masson éditeur